Aus der Universitäts-Nervenklinik in Marburg (Lahn)
Direktor: Professor Dr. med. H. Jacob

Korrelationsstatistische Untersuchungen über das Vorkommen viszeraler oder psychosomatischer Symptome bei einem unausgewählten psychiatrischen und neurologischen Krankengut

INAUGURAL - DISSERTATION
zur Erlangung des Doktorgrades
der gesamten Medizin der Hohen Medizinischen Fakultät
der Philipps - Universität zu Marburg

vorgelegt von

Rüdiger Rogoll

aus Breslau

Marburg 1968

Kleinoffsetdruck: Görich & Weiershäuser, Marburg

Aus der Universitäts-Nervenklinik in Marburg (Lahn)
Direktor: Professor Dr. med. H. Jacob

Korrelationsstatistische Untersuchungen über das Vorkommen viszeraler oder psychosomatischer Symptome bei einem unausgewählten psychiatrischen und neurologischen Krankengut

INAUGURAL - DISSERTATION
zur Erlangung des Doktorgrades
der gesamten Medizin der Hohen Medizinischen Fakultät
der Philipps - Universität zu Marburg

vorgelegt von

Rüdiger Rogoll

aus Breslau

Marburg 1968

Kleinoffsetdruck: Görich & Weiershäuser, Marburg

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

Angenommen von der Medizinischen Fakultät
der Universität Marburg am 19.2.1968

gedruckt mit Genehmigung der Fakultät

Dekan: Prof. Dr.med. Siegert

Referent: Prof. Dr.med. Spiegelberg

Correferent: Prof. Dr.med. Stutte

I N H A L T S V E R Z E I C H N I S

Seite

A. EINLEITUNG UND FRAGESTELLUNG 1

B. MATERIAL UND METHODE

I. Krankengut 2
II. Methode 3

C. KASUISTIK

I. Zehlenmäßige Auswertung 11
II. Einzelkasuistische Beispiele 17
III. Vergleich zwischen den Ergebnissen aus Krankengeschichten und direkter Befragung. 19

D. LITERATURREFERAT

I. Arbeiten über allgemeine Psychosomatik 20
II. Spezielle psychosomatische Literatur 27

E. DISKUSSION 27

F. MATHEMATISCH-STATISTISCHE AUSWERTUNG 31

G. ZUSAMMENFASSUNG 33

A. EINLEITUNG UND FRAGESTELLUNG

Die Beobachtung psychopathologischer Phänomene bei internistischen Kranken ist altbekannt und führte 1818 HEINROTH zur Prägung des Begriffes p s y c h o s o m a t i s c h, regte ältere Autoren (KELP, PLÖNIS, VAN DER TORREN) zu ihren Studien an und bildet letzthin die Essenz der Psychosomatik neuer und neuester Stilart. Trotz der anfänglich erheblichen Anfeindungen erlebte dieser neue, nicht uninteressante Sektor der Medizin in den 30er Jahren dieses Jahrhunderts unter ALEXANDER, DUNBAR und anderen vorwiegend analytisch vorgehenden Forschern seine erste Blüte. Heute erweitern einige europäische und nordamerikanische Autoren (LOPEZ-IBOR, BÜRGER-PRINZ, GROEN, BASTIAANS, VAN DER VALK, KREINES, JAKOBOWSKY, SPIEGELBERG) das psychosomatische Gebiet auch auf endogene Psychosen (zum Teil auf Gehirnkrankheiten).

Mit wenigen Ausnahmen (ROSS, RÖSSLER) berichtet das psychosomatische Schrifttum Einzelkasuistik, was zum Teil im Wesen der psychoanalytischen Technik liegt, die immer nur bei wenigen Patienten angewandt werden kann. Einen Begriff von der Fülle des Schrifttums gibt z. B. die jüngste Bearbeitung des gastrointestinalen Teilgebietes von W. SCHWIDDER, wo etwa 700 Literaturquellen zitiert werden. (Das möge einsichtig machen, daß diese Arbeit nicht im Entferntesten den Anspruch auf eine vollständige Literaturzusammenstellung erheben kann.) In jüngster Zeit hat BOCHNIK (persönliche Mitteilung an SPIEGELBERG) umfassende korrelationsstatistische Untersuchungen auf das psychiatrisch-internistische Grenzgebiet ausgedehnt (Publikationen stehen noch aus).

Die eigene Arbeit knüpft einmal an diese Untersuchungen an (ist in sie eingereiht), zum anderen fügt sie sich in die seit Jahren konsequent durchgeführten psychosomatischen Studien der Hamburger und Marburger Klinik ein. (BÜRGER-PRINZ, GELKEN, SPIEGELBERG, VETTER). Im einzelnen, wie oft bei verschiedenen Patienten einer neurologisch-psychiatrischen Klinik sogenannte psychosomatische Krankheitszustände vorkommen. Natürlich ist die Fall-

zahl von 116 für eine Statistik zu gering, sie soll nur einen orientierenden Überblick vermitteln.
SPIEGELBERG ist mit einem Dissertantenteam bei der Durcharbeitung von etwa 1ooo unausgewählten Fällen der neurologisch-psychiatrischen Universitäts-Klinik Marburg/Lahn. Die Ergebnisse sollen (zusammen mit denen der vorliegenden Arbeit) in einer separaten mathematisch-statistischen psychosomatischen Arbeit zusammengefaßt werden.
SPIEGELBERG hat mit RIEKEN 15o Fälle der Hamburger psychiatrisch-neurologischen Klinik durchgesehen (Med. Welt 1962). Die Ergebnisse sind relativ spärlich und lediglich auf die gastrointestinalen Beziehungen beschränkt.
Vorauszuschicken ist noch, daß das unausgewählte Krankengut der hiesigen Klinik aus 6o % neurologischen und 4o % psychiatrischen Patienten besteht. Das psychiatrische Krankengut selbst gliedert sich in alle diagnostischen Gruppen auf. Es ist aber zu berücksichtigen, daß aus bettentechnischen Gründen schwere akute Psychosen in das Krankenhaus Marburg-Süd eingewiesen werden und Suicide in die medizinische Klinik bzw. deren Reanimationszentrum.

B. MATERIAL UND METHODE

I. Krankengut

Die insgesamt 116 untersuchten Fälle teilen sich folgendermaßen auf: 32 Direktbefragungen psychiatrischer Patienten (18 Männer, 14 Frauen), 28 psychiatrischer Patienten, die anhand der freien, unschematischen Krankengeschichten bewertet wurden (je 14 Männer und Frauen), weiterhin 3o Direktbefragungen (21 Männer und 9 Frauen), sowie 26 (19 Männer und 7 Frauen) nach Krankengeschichten beurteilte neurologische Patienten. Die 56 zuletztgenannten sind zunächst als Kontrollgruppe ("Normalwerte") gedacht. Es sind aber heute schon neurologisch-psychosomatische Probleme (TEITELBAUM) wenigstens am Rande mit zu berücksichtigen. Auch erlebnisreaktiv ausgelöste Leiden (LOPEZ-IBOR) sind hier der Vollständigkeit halber zu erwähnen.

Die zahlenmäßige Aufteilung der einzelnen Diagnosen ist aus den nachstehenden Tabellen zu entnehmen:

Tabelle 1

zahlenmäßige Unterteilung der p s y c h i a t r i s c h e n Fälle:

	Männer	Frauen	insgesamt
MDI	8	19	27
Schizophrenie	1o	1	11
Neurose und Psychopathie	5	7	12
cerebral bedingt	9	1	1o

hierunter werden zusammengefaßt:
Delir, Korsakow-Syndrom, Demenz, psychisches Abbausyndrom.

Tabelle 2

zahlenmäßige Aufteilung der n e u r o l o g i s c h e n Fälle:

	Männer	Frauen	insgesamt
Epilepsie	5	1	6
Chorea	1	1	2
Encephalomyelitis dissem.	5	4	9
Tumor und Trauma	12	3	15
Gefäßbedingte Prozesse	4	6	1o
toxisch, infektiös entzündlich bedingte Prozesse	12	2	14

Entgegen der Meinung der Lehrbücher von WEITBRECHT und EWALD werden Epilepsie und Chorea in dieser Arbeit zur Neurologie gerechnet.

II. M e t h o d e

Für die Protokollierung der anamnestischen Erhebungen wurde von dem von BOCHNIK ausgearbeiteten Schema ausgegangen. Die dort aufgeführten 79 Fragen genügen jedoch nicht einer er-

Klinik: Kg-Nr.: behandelt von: ..... bis: .....

Vorname: Initial d. Nachnamens: geboren am: ..... 19 Nationalität: .....

Hauptdiagnosen:

Alle Nebendiagnosen:

Therapie:

1. Kostenträger: RVO 3. Kl. (1), EK 3. Kl. (2), S. 3. Kl. (3), RVO o. EK zuzahlend, 1. o. 2. Kl. (4), S. 2. Kl. (5), S 1. Kl (6), KB-BVG (7), Übrige (wie Gerichte) (8), Fürsorge (9)

2. Geschlecht: männlich(1), weiblich(2)

3. Familienstand: ledig(1), verheiratet(2), geschieden(3), verwitwet(4), verwitwet u. wiederverheiratet(5), geschieden u. wiederverheiratet(6)

4. Zahl der Kinder: (bitte direkt eintragen)

5. Wohnort: Dorf(1), Kleinstadt(2), Mittelstadt(3), Großstadt(4)

6. Sozialniveau: Elend(1), unter Durchschnitt(2), Durchschnitt (ca. DM 800,- bis DM 1500,- monatl. Einkommen) (3), über Durchschnitt(4), reich(5), sehr reich, Luxus(6)

Zum Beruf:

7. Letzte berufl. Tätigkeit als: Arbeiter(1), Angestellter(2), Beamter(3), Freiberufl., Selbständiger(4), noch in Ausbildung(5)

8. Abgeschlossener, bzw. gegenwärtig beschrittener Bildungsweg: nicht schulfähig(1), Hilfsschule(2), Volksschule(3), Mittelschule(4), Oberschule, Gymnasium(5), Fachschule(6), Hochschule, Akademie, Universität(7), andere(8)

9. Jetziger Status: Schulausbildung, (Studium) (1), in Berufsausbildung(2), im Berufsleben(3), Rentner(4), nur Hausfrau(5), berufstätige Hausfrau(6), zum Wehrdienst eingezogen(7)

Falls invalidisiert:

10. Invalidisierungsursache: oben genanntes Hauptleiden(1), oben genanntes Nebenleiden(2), Berufsunfall(3), Berufskrankheit(4), Wehrdienstbeschädigung(5)

11. Lebensalter bei Invalidisierung: bis 25 J. (1), bis 30 J. (2), bis 35 J. (3), bis 40 J. (4), bis 45 J. (5), bis 50 J. (6), bis 55 J. (7), bis 60 J. (8)

12. Aufnahmegrund: Begutachtung-sozial(1), Begutachtung-zivilrechtl. (2), Begutachtung strafrechtl. (3), Behandlung eines akuten Zustandes ohne chron. Hintergrund(4), akute Verschlechterung eines chron. Leidens(5), Behandlung eines chron. Leidens ohne aktuellen Anlaß(6), Verkehrsunfall(7), Betriebsunfall(8), anderer Unfall(9)

13. Alkoholrausch bei Aufnahme: nein(1), Nebenbefund(2), Einweisungsgrund(3)

14. Senile Veränderungen: keine 1 - 2 - 3 - 4 - 5 sehr schwere

15. Entstehungsart des Hauptleidens: Tumor(01), Trauma(02), infektiös u. entzündlich(03), Allergie(04), körperl. u. seel. Überbelastung(05), degenerativ(06), hereditär, endogen(07), Arzneimittelmißbrauch(08), Alkoholmißbrauch(09), sonst. Intoxikationen(10), noch unbekannt(11)

16. Diagnoseklassen: (Organschwerpunkt): Psyche(01), Nervensystem(02), vegetative Dystonie(03), Sinnesorgane(04), endokrines System(05), Herz- und Kreislauf(06), Atmungsorgane(07), Nieren und ableitende Harnwege(08), Geschlechtsorgane(09), Magen und Darm(10), Mundhöhle und Oesophagus(11), Leber und Gallenblase(12), Pankreas(13), Blut und blutbildende Organe(14), Bewegungsapparat(15),

18. In welche Diagnoseklasse fällt das 1. Nebenleiden:

19. In welche Diagnoseklasse fällt das 2. Nebenleiden:

20. Sicherheit der Hauptdiagnose: völlig sicher 1 - 2 - 3 - 4 - 5 völlig unsicher

21. Verzögerung der Diagnostik: keine(1), krankheitsbedingt(2), durch zögernde Einwilligung des Patienten(3), durch organisatorische Schwierigkeiten(4), durch verschiedene Gründe(5):

22. Dauer des Hauptleidens bis zur jetzigen Beobachtung: 1 Tag(01), bis 3 Tage(02), bis 1 Woche (03), bis 2 Wochen (04), bis 1 Monat (05), bis 2 Monate (06), bis 3 Monate (07), bis 6 Monate (08), bis 1 Jahr (09), bis 2 Jahre (10), bis 3 Jahre (11), bis 4 Jahre (12), bis 5 Jahre (13), bis 10 Jahre (14), bis 15 Jahre (15), bis 20 Jahre (16), bis 25 Jahre (17), über 25 Jahre (18)

Das Hauptleiden verläuft beim Patienten: (bitte zutreffende Zahl einkreisen)

a) sehr leicht 1 - 2 - 3 - 4 - 5 sehr schwer

b) ohne Komplikationen 1 - 2 - 3 - 4 - 5 mit erheblichen Komplikationen:.....

c) akut 1 - 2 - 3 - 4 - 5 chronisch

d) lokalisiert 1 - 2 - 3 - 4 - 5 generalisiert

24. Prognose des unbehandelten Hauptleidens: völlig heilbar(1), unheilbar - leichte Störung(2), unheilbar - mittelschwere Störung(3), unheilbar - schwere Störung(4), tödlich binnen eines Jahres(5), tödlich binnen 5 Jahren(6), tödlich, ungewiß wann (7)

25. Prognose beim Patienten vermutlich: völlig heilbar(1), unheilbar - leichte Störung(2), unheilbar - mittelschwere Störung(3), unheilbar - schwere Störung(4), tödlich binnen eines Jahres(5), tödlich binnen 5 Jahren(6), tödlich, ungewiß wann (7)

26. Zustand bei Entlassung: geheilt(1), gebessert(2), ungebessert(3), verschlechtert(4), verstorben(5), Tod durch Selbstmord(6)

27. Weiterbehandlung: keine(1), ambulant(2), stationär(3), Pflegeheim(4), durch Hausarzt(5)

28. Selbstmordneigung: unbekannt(1), suicidverdächtig o. Äußerung(2), äußert ernsthaft S-Ideen(3), äußert theatralisch S-Ideen(4)

29. Selbstmordversuche: keine(1), einen(2), zwei(3), drei(4), mehr als 3 (5)

30. Haupttherapie: keine(01), Unfallversorgung(02), sonstig operativ(03), sonstige physikalisch-konservative Behandl. (04), medikamentös-diätetisch(05), Strahlentherapie(06), pflegerische Maßnahmen(07), ärztl. Gespräch(08), spez. Psychotherapie(09), Schocktherapie(10)

31. Schlafmittel: keine(1), Placebo(2), schwachwirkendes Präp. selten(3), häufig(4), mittelstarkes Präp. selten(5), häufig(6), starkwirkendes Präp. selten(7), häufig(8)

32. Sedativa am Tag: keine(1), Placebo(2), schwachwirkendes Präp. selten(3), häufig(4), mittelstarkes Präp. selten(4), häufig(6), starkwirkendes Präp. selten(7), häufig(8)

33. Analgetica: keine(1), Placebo(2), schwachwirkendes Präp. selten(3), häufig(4), mittelstarkes Präp. selten(5), häufig(6), starkwirkendes Präp. selten(7), häufig(8)

34. Umgang mit Medikamenten: stark ablehnend(1), ablehnend(2), vernünftig(3), begehrend(4), Suchtneigung(5), süchtig(6)

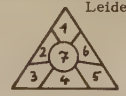
35. Verhalten während der Behandlung: sehr tapfer 1 - 2 - 3 - 4 - 5 sehr ängstlich
hochgradig schmerzempfindlich 1 - 2 - 3 - 4 - 5 indolent (bitte zutreffende Zahl einkreisen)

36. Gesundungswille: sehr stark 1 - 2 - 3 - 4 - 5 will sterben

66. auf Arbeitsfähigkeit(1), stationäre Behandlungsnotwendigkeit(2), verlängerte Dauer der Behandlung(3), verkürzte Dauer der Behandlung(4), Entlassung gegen Revers(5), Ansprüche an Pflege(6)

67. Neigung des Patienten, Sozialleistungen auszunutzen: (Verschickungen, Verschreibungen, Krankschreiben, Bescheinigungen u. ä.): keine (muß darauf hingewiesen werden (1), leichte(2), erhebliche(3), starke(4), extrem starke(5)

68. Schwerpunkt des Gesamtleidens:



Bei stationärer Behandlung:

69. Stationärer Aufenthalt in Wochen: (bitte rechtsbündig direkt eintragen)

70. Anzahl der Betten im Pat.-Zimmer: (bitte rechtsbündig direkt eintragen)

71. Pat. war auf Station: immer bettlägering(1), meist bettlägerig(2), zeitweise auf(3), immer auf(4)

72.	Besondere Pflegebedürftigkeit:	keine	1 - 2 - 3 - 4 - 5	sehr große (z. B. bei Bewußtlosigkeit)
73.	Im Umgang mit dem Pflegepersonal:	sehr schwierig	1 - 2 - 3 - 4 - 5	nicht schwierig
74.	Haltung auf der Station:	rücksichtslos, fordernd	1 - 2 - 3 - 4 - 5	sehr bescheiden
75.	Kontakt zu Mitpatienten:	ablehnend	1 - 2 - 3 - 4 - 5	stark suchend
76.	Stellung d. Mitpat. zum Patienten:	ablehnend	1 - 2 - 3 - 4 - 5	sehr zugetan

77. Körpergröße: (cm über 100 bitte rechtsbündig direkt eintragen. Z. B. 172 | 7 | 2 |)

78. Gewicht in kg nach Aufnahme: (bitte rechtsbündig direkt eintragen)

79. Gewicht in kg vor Entlassung: (bitte rechtsbündig direkt eintragen)

PERSÖNLICHE DATEN DES AUSFÜLLENDEN ARZTES:

80. Geschlecht: männlich(1), weiblich(2)

81. Lebensalter: bis 25 (1), bis 30 (2), bis 35 (3), bis 40 (4), bis 50 (5), bis 60 (6), bis 70 (7), über 70 (8)

82. Status: Medizinalpraktikant(1), Vollassistent(2), Oberarzt(3), Chefarzt(4), niedergel. prakt. Arzt(5), niedergel. Facharzt(6)

83. Ich frage nach den persönlichen und sozialen Problemen meiner Patienten: immer(1), häufig(2), nur bei offensichtlichem Grund(3), selten(4), fast nie(5)

84. Psychiatrische Kenntnisse: keine(1), Facharzt für Psychiatrie und Neurologie(2), Psychiatr. Klinikerfahrung(3)

Für den ausfüllenden Arzt reservierte Spalten zur Verschlüsselung eigener Befunde:

51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80

37. Stellung des Patienten zu den Ärzten:

a) Aufsuchen eines Arztes: nur bei ernstem Anlaß(1), bei angemessenem Anlaß(2), bei nichtigem Anlaß(3), nicht zu beurteilen(4)

b) Treue des Patienten zum Arzt: ausschließlich ein (prakt.)Arzt(1), vorwiegend ein (prakt.)Arzt(2), wechselt häufig den Arzt(3), wechselt häufig und macht andere Ärzte schlecht(4), nicht zu beurteilen(5)

38. Im Umgang mit dem Arzt: sehr schwierig 1 - 2 - 3 - 4 - 5 nicht schwierig

Primärpersönlichkeit: (bitte zutreffende Zahl einkreisen), z. B. (2)

39.	Antrieb:	schwunglos, lahm	1 - 2 - 3 - 4 - 5	schwungvoll, antriebsreich
40.	Menschlicher Kontakt:	sehr gering	1 - 2 - 3 - 4 - 5	sehr stark
41.	Körperl. Belastbarkeit:	sehr gering	1 - 2 - 3 - 4 - 5	sehr stark
42.	Seelische Belastbarkeit:	sehr gering	1 - 2 - 3 - 4 - 5	sehr stark
43.	Ehrgeiz, Geltungsbedürfnis:	sehr gering	1 - 2 - 3 - 4 - 5	sehr stark
44.	Vegetativum:	sehr labil	1 - 2 - 3 - 4 - 5	sehr stabil
45.	Affektivität:	stumpf, schwer ansprechbar	1 - 2 - 3 - 4 - 5	erregbar, reizbar
46.	Selbstgefühl:	sehr selbstunsicher	1 - 2 - 3 - 4 - 5	sehr selbstsicher
47.	Gemüt, Emotionalität:	eiskalt	1 - 2 - 3 - 4 - 5	sehr warmherzig
48.	Stimmung:	traurig, depressiv	1 - 2 - 3 - 4 - 5	optimistisch, heiter
49.	Intelligenz:	Schwachsinn	1 - 2 - 3 - 4 - 5	hohe Intelligenz
50.	Senile Veränd., Abbau:	keine	1 - 2 - 3 - 4 - 5	sehr ausgeprägt
51.	Wesensänderung	keine	1 - 2 - 3 - 4 - 5	sehr ausgeprägt

52. Auswirkungen der genannten Persönlichkeitsmerkmale auf das Gesamtleiden:
sehr günstig(1), günstig(2), keine(3), ungünstig(4), sehr ungünstig(5)

53. Falls Auswirkung vorhanden: in akuter Phase(1), in d. Rekonvaleszenz(2), in beiden(3)

54. auf Arbeitsfähigkeit(1), stationäre Behandlungsnotwendigkeit(2), verlängerte Dauer der Behandlung(3), verkürzte Dauer der Behandlung(4), Entlassung gegen Revers(5), Ansprüche an Pflege(6)

Umweltsituation: (bitte zutreffende Zahl einkreisen)

55.	Wirtschaftliche Lage:	sehr schlecht	1 - 2 - 3 - 4 - 5	sehr günstig
56.	Wohnverhältnisse:	sehr schlecht	1 - 2 - 3 - 4 - 5	sehr günstig
57.	Häusliche Umgebung:	kalt, lieblos	1 - 2 - 3 - 4 - 5	warm, besorgt
58.	Versorgung zu Hause:	sehr schlecht	1 - 2 - 3 - 4 - 5	sehr gut
59.	Familiäre Probleme (Eltern, Kinder):	keine	1 - 2 - 3 - 4 - 5	sehr erhebliche
60.	Ehe- Liebeskonflikte:	keine	1 - 2 - 3 - 4 - 5	sehr erhebliche
61.	Entwurzelung (Flucht, u.s.w. z.B. NS-Verfolgung):	keine	1 - 2 - 3 - 4 - 5	sehr erhebliche
62.	Vereinsamung (äußere):	keine	1 - 2 - 3 - 4 - 5	sehr erhebliche
63.	Berufliche Probleme:	keine	1 - 2 - 3 - 4 - 5	sehr erhebliche

64. Auswirkung der genannten sozialen Bedingungen auf das Gesamtleiden:

schöpfenden Untersuchung der gestellten Frage, so daß dieser Arbeit noch weitere 1o Fragen mit durchschnittlich je 8 Unterteilungen hinzugefügt wurden, in denen die von uns abzuhandelnden allgemeinen psychosomatischen Zusammenhänge noch etwas differenziert sind:

F a m i l i e n - A n a m n e s e :

51 Somatische F.A.
- 0 = nicht gefragt bzw. nichts notiert
- 1. unauffällig
- 2. fraglich psychosomatische Krankheiten
- 3. sicher psychosomatische Krankheiten, im ganzen von geringer Bedeutung oder nur ein bis zwei Fälle
- 4. grobe, massive psychosomatische Belastung
- 5. Allgemeinleiden mit Nervenbeteiligung
- 6. Innere Krankheiten
- 7. Gynäkologische Krankheiten
- 8. Augen-, Ohren- und Hautkrankheiten
- 9. Sonstige, Operation, Tumor unklarer Lokalisation. Sonstige unklare oder ungeklärte Krankheiten

52 Neurologische F.A.
- 0 = nicht gefragt bzw. nichts notiert
- 1. entzündliche oder allergische Prozesse
- 2. Traumatische
- 3. Degenerativleiden
- 4. Tumoren
- 5. Mißbildungen
- 6. Gefäßbedingte Erkrankungen
- 7. Encephalomyelitis disseminata (MS).
- 8. Anfallsleiden wahrscheinlich oder sicher
- 9. Neurologische Belastung anzunehmen aber nicht näher definiert

87 (53) Psychiatrische F.A.

0 = nicht gefragt bzw. nichts notiert
1. Auffälligkeiten nicht bekannt
2. Verdacht (Psychosen oder Neurosen) bei Großeltern oder anderen Verwandten 2. Grades
3. Sicheres Vorkommen (Psychosen oder Neurosen) bei Großeltern oder anderen Verwandten 2. Grades
4. Verdacht (Psychosen oder Neurosen) bei Eltern, Geschwistern oder Kindern
5. Sicheres Vorkommen (Psychosen oder Neurosen) bei Eltern, Geschwistern oder Kindern
6. Gehäuftes Vorkommen von sicheren Neurosen, Psychopathien oder Perversionen
7. Gehäuftes Vorkommen von sicheren Psychosen, schwerste familiäre Belastung
8. "Psychiatrische Belastung" ohne nähere Definition
9. Belastung von uns vermutet aber nicht bewiesen

Differenzierte (psychosomatische) E i g e n - A n a m n e s e

88 (54) Magen - Darm

0 = nicht gefragt, vergessen, nicht berücksichtigt oder dergleichen
1. Sicher nicht oder höchstwahrscheinlich nicht vorhanden
2. Leichte, unklare, zu vernachlässigende Störungen
3. Relevante aber unklare Störung
4. Gastro-Duodenalerkrankung, funktionell
5. Ulcus pepticum (Magen oder Zwölffingerdarm)
6. Habituelle Obstipation
7. Colitis ulcerosa
8. Häufig Diarrhoen
9. Carcinome und Sonstiges

89 (55) Veränderungen des Blutdruckes

0 = nicht gemessen, nicht bekannt
1. Fragliche Neigung zu Hypertonie
2. Sicherer Hypertonus, labil, nicht gravierend
3. Juveniler Hypertonus
4. Hypertonie als relevantes Leiden
5. Fragliche Neigung zu Hypotonie
6. Sichere Neigung zu Hypotonie
7. Hypo- und Hypertonie bekannt
8. Orthostatische Anfälle, Synkopen
9. Keine Veränderungen, normal, o.B.

90 (56) Allergosen

0 = nicht gefragt, nichts notiert oder dergleichen
1. Sicher oder höchstwahrscheinlich nicht vorhanden
2. Asthma bronchiale
3. Urticaria
4. Heuschnupfen
5. Sonstige (außer Hautkrankheiten)
6. Mehrere (außer Hautkrankheiten)

91 (57) Hautkrankheiten (ohne Urticaria)

0 = nicht gefragt, nichts notiert oder dergleichen
1. Sicher nicht oder höchstwahrscheinlich nicht vorhanden
2. Ekzeme, Milchschorf oder dergleichen
3. Neurodermitis
4. Psoriasis vulgaris (Schuppenflechte)
5. Alopecia areata oder totalis
6. Sonstiges

92 (58) Adipositas - Magersucht

0 = nicht gefragt, Gewicht nicht gemessen, nichts notiert oder dergleichen
1. Fragliche oder leichte (nicht relevante) Neigung
2. Erhebliche, mittelgradige noch nicht sicher pathologische Adipositas

3. Sichere Adipositas
4. Schwere, ins Gewicht fallende Adipositas
5. Sicher keine Körpergewichtsprobleme
6. Fraglich leichte Magersucht
7. Geringe bis mittlere Neigung zu Untergewichtigkeit
8. Klinisch relevante Neigung zu Untergewichtigkeit
9. Schwere und schwerste Magersucht

93 (59) Schilddrüsen-Erkrankungen (und andere endokrine Leiden)
0 = nicht gefragt, nichts notiert
1. Sicher nicht vorhanden
2. Fragliche Hyperthyreose
3. Sichere Hyperthyreose
4. Sichere schwere und schwerste Hyperthyreose
5. Fragliche Hypothyreose
6. Sichere Hypothyreose
7. Sichere, schwere und schwerste Hypothyreose
8. Fragliche sonstige endokrine Leiden
9. Sichere sonstige endokrine Leiden (Gonaden, Hypophyse, Nebenniere)

94 (60) Herz-Kreislaufkrankheiten (insbesondere arterielle Gefäßleiden)
0 = nicht gefragt, nichts notiert
1. Sicher nicht vorhanden
2. Verdacht auf allgemeine oder cerebrale Arteriosklerose
3. Sichere generalisierte oder cerebrale Gefäßprozesse
4. Cerebrale Verschlußkrankheit erwiesen
5. Apoplektischer Insult unklarer Äthiologie aber wahrscheinlich oder sogar sicher gefäßbedingt
6. Sicherer ischämischer Insult
7. Funktionelle Herz-Kreislaufstörungen
8. Sicherer Herzfehler
9. Sonstige Herz-Kreislaufkrankheiten und -störungen

Hinsichtlich des rein empirischen Vorgehens kann gesagt werden, daß das Ausfüllen der Kästchen bei einiger Übung keine besonderen Schwierigkeiten verursachte. Jedoch stieß die Entscheidung zwischen einem Extremwert und der nächsten zur Mitte hin gelegenen Abstufung des öfteren auf Schwierigkeiten, die einmal in der unterschiedlichen Mentalität, Bildung und Lebensauffassung der einzelnen Patienten, zum anderen in der Tendenz der subjektiven Interpretation seitens des Untersuchers begründet liegen. So wird z.B. im sozialen Bereich ein und dieselbe Wohnung von einem verwöhnten und verschwenderischen Menschen als notdürftig bezeichnet, während ein bescheidener sie als optimal ansieht. Oder zwei Patienten beklagen in unterschiedlicher Weise ihre Magenbeschwerden. Schaut man daraufhin die verschiedenen Anamnesen durch, so ergibt sich meistens, daß die Symptomatik bei den "stillen Duldern" ernster ist als bei den ständig Lamentierenden. Doch den objektiven Maßstäben für eine Überprüfung ist der Komplex des Primärcharakters schon sehr weit entrückt. Hier ist man wirklich auf langwierige Beobachtungen und die oft umständlich zu erhebende Außenanamnese beschränkt. Zur Intelligenzprüfung wurde der HAWI-Test herangezogen, der nebenbei auch über Reaktion, Verhalten, Affektivität und menschlichen Kontakt sehr aufschlußreiche Ergebnisse lieferte.

Auf diese Rubrik der Primärpersönlichkeit mußte besonderer Wert gelegt werden, da ja vor allem sie mit den psychosomatischen Symptomen verglichen werden soll. Der Begriff "Primärpersönlichkeit" bzw. "Primärcharakter" stammt aus der Psychiatrie der endogenen und exogenen Psychosen, und man versteht darunter die psychische Verfassung, die eindeutig vor der Manifestation einer Psychose vorlag. Bei Gesunden (und meist auch bei neurologischen Fällen) deckt sich natürlich die Primärpersönlichkeit mit der aktuellen. Bei neurotisch-psychopathischen Entwicklungen gilt das gleiche für die Latenz, ansonsten ist Primärpersönlichkeit diejenige Struktur, die vor Auftreten der Symptome anzunehmen war.

Die psychosomatischen Angaben wurden (wie schon erwähnt) hauptsächlich durch Anamnesen objektiviert. Es wurden nur solche Symptome aufgeführt, deretwegen der Patient sich schon einmal in ärztliche Konsultation begeben hat. Unberücksichtigt hingegen blieben jene paroxysmal auftretenden Banalitäten, die noch zum Bereich der Norm gezählt werden müssen, denn fast jeder Befragte gab an, irgendwann einmal "Leibschmerzen", Diarrhoen oder Obstipation gehabt zu haben. Das Einbeziehen dieser nicht häufig oder chronifiziert bei einer Person vorkommenden Symptome in die Auswertung würde wohl zu einem verfälschten Ergebnis führen.

Noch einige kritische Bemerkungen zu BOCHNIKs Fragenschema: Zweifellos hat der Autor es für seine eigene Forschung aufgestellt und subjektiviert, so daß viele Einzelinteressen zwar für ihn von Wichtigkeit sind, jedoch der Fragestellung dieser Arbeit keineswegs nützen; so z.B. die Fragen 1, 10, 11, 30, 31, 32, 33 und 37. Einige andere wurden zwar mitgezählt, brachten aber keine nützlichen Ergebnisse, darum wurden sie in den Ausführungen nicht berücksichtigt. Der große Nachteil solcher Schemen besteht darin, daß sich nicht jeder Patient so einfach in sie hineinzwängen läßt. Die Klinik ist derart variabel und die Menschen oft so sehr individuell ausgerichtet, daß die Entscheidung zwischen den einzelnen Rubriken und Abstufungen oft ungemein erschwert wird, wodurch es kaum zu vermeiden ist, daß verschiedene Untersucher auch zu unterschiedlichen Ergebnissen kommen. Ebenso hat jeder Untersucher seine eigene Methode, eine Anamnese zu erheben, in der er einen bestimmten Sachverhalt sicherhlich anders ausführen würde als es ihm in diesem Schema vorgeschrieben ist. Oft sieht sich der Untersucher auch gezwungen, eine Rubrik ausfüllen zu müssen, die in keinerlei Beziehung zu dem Patienten zu bringen ist. Auf der anderen Seite bietet ein Patient interessante Merkmale, die sich in dem Schema nirgends unterbringen lassen. Auf diese Weise sind z.B. im Laufe der Untersuchungen die Zusatzfragen entworfen worden. Außerdem wurde für einige wenige Fälle noch ein Heft mit

"Besondere Bemerkungen" angelegt für Notizen, die weder in dem vorgefaßten Schema noch in den Zusatzfragen unterzubringen waren.
Natürlich wird man um das Schematisieren nicht umhinkommen, wenn man das gesamte untersuchte Krankengut auf einen Nenner bringen will. Jedoch ein anschauliches Bild über einen Patienten (wie z.B. aus einer guten Krankengeschichte) kann man sich nach Durchlesen der noch so sorgfältig ausgefüllten Bögen nicht mehr machen.
Aber schließlich ist es der Sinn dieser Arbeit, bestimmte Fakten numerisch zu vergleichen, wozu das erweiterte Schema im wesentlichen ausreicht. Die damit verbundene Faktorenanalyse befindet sich noch in Arbeit. Wegen äußerlich bedingter Störungen des Rechenzentrums können die Ergebnisse erst später vermittelt werden. Für die Fragestellung unseres Arbeitskreises (besonders im Hinblick auf die kleine bisher vorliegende Zahl) erscheint die gewöhnliche Auszählung und Korrelierung ausreichend, zumal die Zahlenangaben der Literatur, mit denen unsere eigenen ja verglichen werden sollen, ebenfalls in Prozenten ausgedrückt sind und nicht in statistischen Signifikanzen. Genauere korrelationsstatistische Ergebnisse werden von anderen Angehörigen unserer Arbeitsgruppe zu einem späteren Zeitpunkt vorgelegt werden.

Zur Problematik der Quantifizierung psychischer Phänomene und Funktionen siehe ROHRACHER: "Einführung in die Psychologie". Hier sei grundsätzlich auf die Auseinandersetzung von BOCHNIK und LEGEWIE: "Multifaktorielle klinische Forschung" hingewiesen. Das In-Beziehung-Setzen der einzelnen Fragen untereinander wurde durch ein umfangreiches Lochkartensystem ausgeführt. Da die Zahl der Kombinationsmöglichkeiten der etwa 450 Fragen zu einem Patienten nahezu ins Unendliche reicht, wurden hier nur die wichtigsten ausgewertet. Im einzelnen wurden die psychosomatischen Symptome nacheinander zu den Diagnosen, dem sozialen und primärcharakterlichen Fragenkomplex in Beziehung gesetzt und zahlenmäßig ausgewertet, wie es im Hauptteil auch ausgeführt wird.

Die Normalwerte für Blutdruck und Körpergewicht wurden nach den Lehrbüchern der Inneren Medizin (DENNIG, HEILMEYER) festgelegt, ebenso die Graduierung in leichte und schwere Abweichungen von der Norm.

Zum Schluß soll noch einmal betont werden, daß das Krankengut ohne jegliche Auslese bestimmt wurde.

C. K A S U I S T I K

I. Z a h l e n m ä ß i g e A u s w e r t u n g

Als erstes Ergebnis fällt sofort auf, daß sich die gesamte psychosomatische Symptomatik hautpsächlich auf das psychiatrische Krankengut erstreckt, während in der Kategorie der psychosomatisch symptomlosen Patienten mit Abstand die neurologischen Fälle dominieren. Die Einzel- und Prozentzahlen gehen aus der Tabelle 3 hervor:

Tabelle 3

Fälle	Gesamtzahl	davon psychosomatisch belastet
psychiatrische	6o	55 = 92 %
neurologische	56	34 = 61 %

Es sollen nun die einzelnen psychosomatischen Symptome zu den Patientengruppen in Beziehung gesetzt und analysiert werden.

1. A l l e r g o s e n

Das sooft als Prototyp der Psychosomatik angeführte A s t h m a b r o n c h i a l e (KELP, HANSEN, KIRSCHBAUM) tritt nur bei einem Patienten auf, der obendrein nicht die geringsten Zeichen einer psychiatrischen Symptomatik zeigt, sondern einen rein neurologischen Fall darstellt.

Das gleiche gilt für die übrigen Allergosen (Heuschnupfen, Urticaria und andere Allergien gegen Früchte oder Blumen).

2. D e r m a t o s e n

Unter Ekzem, Psoriasis, Alopecia und Neurodermitis litten insgesamt nur 7 Personen, von denen 5 (davon 3 Frauen mit Depression) dem psychiatrischen Krankengut zuzuordnen sind. Eine Auswertung muß also entfallen.

3. Unter den e n d o k r i n e n L e i d e n fanden sich in den früheren Anamnesen zwei leichte Hyperthyreosen und 6 zur Zeit der Untersuchung nicht mehr manifeste Strumen, von denen keine einer operativen Behandlung bedurfte. Erstgenannte sind zwei Männer mit Hirntumor, während sich die Strumen auf einen Mann und zwei Frauen mit Depression und drei Frauen mit Polysklerose verteilen.

4. Die Rubrik des B l u t d r u c k e s wurde unterteilt in Hypotonie, leichte und schwere Hypertonie und das gemeinsame Auftreten von Hypo- und Hypertonie. Zur letzteren Unterteilung zählen nur drei Neurotikerinnen, deren Profil der Persönlichkeit (DUNBAR) zu unterschiedlich ist, als daß irgendwelche gemeinsamen Grundstrukturen herausgefunden werden können. Zwei von ihnen sind jedoch familienanamnestisch neurotisch vorbelastet.
Die drei Fälle mit starker Hypertonie beschränken sich auf die gefäßbedingten neurologischen Symptome.
Bei der leichten Hypertonie handelt es sich um einen gefäßbedingten neurologischen Fall, 4 schizophrene und 6 manisch--depressive.
Unter den Hypotonikern findet sich ein einziger neurologischer Fall, hingegen 7 psychiatrische (davon 4 schizophrene).

Bei der Schizophrenie scheinen sich also Blutdruckanomalien zu häufen! Ein primärcharakterlicher Zusammenhang konnte aber nicht eruiert werden.

5. In das Gebiet der H e r z - K r e i s l a u f krankheiten und -störungen wurden zu den aufgeführten Symptomen unter "Sonstige" aufgenommen: pektanginöse Beschwerden, sogen. "Kreislaufstörungen", Arrhythmien und paroxysmale Tachykardien. Da diese Symptomatik heute eine "Modekrankheit" darstellt, die auch als Haupttodesursache an der Spitze steht, wäre es wohl nicht exakt, sie als typisch psychosomatisch dahinzustellen. Trotzdem wurde eine deutliche Verlagerung des Schwerpunktes zur psychiatrischen Seite hin gefunden. Diesen 19 Fällen stehen auf neurologischer Seite nur 7 gegenüber, von denen 3 ohnehin gefäßbedingte Leiden haben.
   Die 19 psychiatrischen Fälle verteilen sich auf die einzelnen Diagnoseklassen gleichmäßig mit je 1 bis 2 Fällen, bis auf die Depression, der allein 10 Kreislaufgestörte zufallen (7 Frauen, 3 Männer). Auffällig dabei ist, daß bei Durchsicht der einzelnen Kategorien 4 - 5 dieser Fälle immer dicht beieinander liegen. Ihre Schwerpunkte liegen folgendermaßen:
   im Familiären und Sozialen bei einem Alter von 35 Jahren (keine Geschlechtsdisposition), verheiratet, ländliche Herkunft, gesichertes Einkommen, keine beruflichen, zwischenmenschlichen und familiären Probleme. Primärcharakterlich: Antrieb und menschlicher Kontakt etwas reduziert, starke körperliche Belastung (seelische weniger stark), relativ labiles Vegetativum, ziemlich ehrgeizig, doch selbstunsicher bei leicht depressiver Grundstimmung, adäquate Affektivität und ausnahmslos warmes Gemüt.

6. Die G e w i c h t s a n o m a l i e n sind unterteilt worden in leichte und schwere Adipositas, sowie Untergewichtigkeit (Magersucht). Die Fettsucht wurde diagnostiziert durch die BROCA - Formel (Sollgewicht in kg = Körperlänge in cm - 100), durch Feststellung der Dicke einer Hautfalte und hauptsächlich durch Vergleich mit Sollgewichtstabellen aus modernen amerikanischen Lebensversicherungsuntersuchungen. Werden deren Normalwerte um mehr als 40 % überschritten, so handelt es sich um schwere Adipositas (wie sie z.B. beim Pickwick-Syndrom bekannt ist).

Tabelle 4

Diagnose	Adipositas				Magersucht	
	leichte		schwere			
	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen
neurologisch	2	3	2	1	3	-
psychiatrisch	7	12	5	1	6	3
MDI	2	9	3	1	-	-
Schizophr.	4	-	-	-	4	-
Neurosen bzw. Psychopathie	-	3	-	-	-	3
cerebrale Erkr.	1	-	2	-	2	-

Bei der ersten Untergruppe besteht wieder die definitiv nicht zu bestimmende Grenzfrage zum Normalen hin. Es wurden hier Patienten bis zu 15 kg Übergewicht eingeordnet, die sich auf 24 Fälle belaufen. Von diesen sind aber nur 5 dem neurologischen Krankengut zuzuordnen, also wieder eine deutliche Verschiebung zur psychiatrischen Seite. Die 19 Fälle teilen sich auf in 1 cerebral bedingten, 3 Neurosen, 4 Schizophrenien und die restlichen 11 fallen alleine dem MDI zu, wobei sich noch eine zusätzliche Geschlechtsdisposition (9 Frauen, 2 Männer) zeigt. (Aber werden Frauen, besonders als Multipari, im Klimax nicht sowieso etwas schwerer?).
Es handelt sich hier keineswegs um wirtschaftlich irgendwie besser gestellte Personen, doch fällt im Sozialen auf, daß sie keinerlei berufliche, wohnliche und familiäre Probleme haben, also relativ sorglos leben. Primärpersönlich lassen sich bis auf ein warmes Gemüt und eine heitere Grundstimmung keine koinzidierenden Fakten aufstellen.
Ähnliches gilt auch für die schwere Adipositas, wo den 3 neurologischen Fällen 6 psychiatrische gegenüberstehen, worunter sich aber nur eine Frau befindet. Auch werden zwei Patienten mit sehr hohem Sozialniveau gefunden, mit beruflichen und zwischenmenschlichen Schwierigkeiten, antriebs- und kontaktarm, weder körperlich noch seelisch im geringsten belastet,

völlig stumpfem Affekt und gedrückter Grundstimmung.
Bei der Magersucht ist das Verhältnis der neurologischen Fälle gegenüber den psychiatrischen 3 zu 9. Letztere teilen sich auf in 2 cerebral bedingte (Männer), 3 neurotisch-psychopathische (Frauen) und 4 schizophrene (Männer).
5 dieser Personen stimmen überein in hoher Intelligenz, erheblichen Liebeskonflikten und beruflichen Problemen; starkem Antrieb, Ehrgeiz und menschlichem Kontakt, hoher Belastbarkeit und optimistischer Grundstimmung bei etwas kühlem Gemüt.
Interessant wäre noch, daß der MDI-Komplex völlig frei von Untergewichtigen bleibt. (siehe Tabelle 4).

Zu der im letzten Kapitel auftretenden Geschlechtsdisposition wäre vielleicht zu erwähnen, daß sie primär weniger den psychosomatischen als vielmehr den psychiatrischen Diagnosen zuzuschreiben ist. Denn wie aus der Tabelle 1 hervorgeht, sind in diesem Untersuchungsmaterial MDI und Neurose-Psychopathie vorwiegend "Frauenkrankheiten", während bei den cerebral bedingten und der Schizophrenie die Männer weitaus überwiegen. Interessant sind noch die Ergebnisse einzelner gynäkologischer Untersuchungen, aus denen ein deutliches Koinzidieren von Adipositas, Depression und erhöhtem Oestrogenspiegel hervorgeht (W. PSCHYREMBEL).

7. Die g a s t r o - i n t e s t i n a l e Diagnoseklasse ist gegliedert in habituelle Obstipation, Ulcus pepticum, und das weite Gebiet der unklaren Beschwerden, in dem alle Magen-Darm-Beschwerden zusammengefaßt sind, die nie genau diagnostiziert wurden, derentwegen der Patient sich aber mindestens einmal in ambulante Behandlung begeben mußte.
Einmalige nahrungsbedingte Beschwerden wie Sommerdiarrhoen usw. wurden nicht berücksichtigt.

Habituelle Obstipation wurde diagnostiziert, wenn die Patienten nicht ohne Laxantien defäkieren können, und wenn dabei Unwohlsein oder gar Krankheitsgefühl bestehen.

Tabelle 5

Diagnose	Obstipation		Ulcus		unklare Beschwerden	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen
neurologisch	-	3	-	1	9	1
psychiatrisch	2	12	4	2	13	8
MDI	-	7	-	-	2	5
Schizophr.	2	1	1	-	6	-
Neurosen	-	4	2	2	1	3
cerebrale Erkrankungen	-	-	1	-	4	-

Bei der habituellen Obstipation stehen drei neurologischen Fällen 14 psychiatrische gegenüber, wovon genau die Hälfte der MDI zufallen und ausschließlich aus Frauen besteht, ebenso wie die 4 Neurosefälle. Zur Schizophrenie gehören 2 Männer und 1 Frau. Ob diese Geschlechtsdisposition irgendwie spezifisch interpretiert werden darf, ist fraglich, da allgemein ältere Frauen leicht zu Obstipation neigen. Als gemeinsame Kriterien wurden gefunden: fortgeschrittenes Alter, Stadtbevölkerung, sorgloser Lebensunterhalt; relativ starker Antrieb, menschlicher Kontakt und Ehrgeiz, hohe körperliche Belastbarkeit, adäquat im Affekt und sehr selbstsicher.
Unter den Ulcuspatienten befindet sich 1 neurologischer Fall und 6 psychiatrische. (Ein Schizophrener, ein cerebral bedingter und 4 Neurosen, während dem MDI wieder kein Patient zugeordnet werden kann. Es handelt sich vorwiegend um junge (35 Jahre) und aus der Stadt stammende Patienten aus familiär geordneten Verhältnissen, doch mit erheblichen beruflichen Schwierigkeiten. Primärpersönlich sind sie in Antrieb und menschlichem Kontakt zurückhaltend, seelisch schnell aus dem Gleichgewicht zu bringen, selbstunsicher und vegetativ sehr labil. Drei von ihnen waren familienanamnestisch vorbelastet.

Die unklaren Beschwerden verteilen sich auf 1o neurologische und 21 psychiatrische Fälle: 4 cerebral bedingte, 4 Neurosen, 6 Schizophrene und 7 MDI. Aktuell waren lediglich 4 Patienten belastet, doch bei allen übrigen konnten die Beschwerden anamnestisch sichergestellt werden, teilweise sogar aus Arztbriefen früherer Behandlungen. Es handelt sich hauptsächlich um relativ junge (3o Jahre) Stadtmenschen aus allen sozialen Schichten ohne berufliche oder familiäre Probleme, doch leiden die meisten unter äußerer Vereinsamung. Im Primärpersönlichen scheint ein Unterschied zwischen den Geschlechtern zu bestehen bis auf die -beiden gemeinsame- Selbstunsicherheit und das labile Vegetativum. Den meisten Männern fehlt jedweder Antrieb oder menschlicher Kontakt und jede körperliche Belastbarkeit. Im Affekt sind sie stumpf, ihre Grundstimmung ist depressiv. Erstaunlicherweise verhalten sich die meisten Frauen gerade umgekehrt: antriebsstark, menschenfreundlich, gesellig, arbeitswillig, affektiv sehr gut reizbar und immer optimistisch.

II. Einzelkasuistische Beispiele

Alois. S. (437/59), 4o Jahre, verheiratet, Möbelschreiner, ist primärcharakterlich ein schwungvoller, geselliger Mensch, der für zwei arbeiten kann, aber der auch geistig sehr rege und vielseitig interessiert ist. Er ist wegen seiner Gutmütigkeit, Hilfsbereitschaft und seines freundlich heiteren Wesens überall beliebt, auch wegen seiner Bescheidenheit. Ehrgeizig ist er niemals gewesen und jegliche Krankheiten seien ihm fremd.
1945 wurde das U-Boot, auf dem er diente, im Schwarzen Meer abgeschossen, und er trieb als Schiffbrüchiger lange Zeit in dem kalten Wasser. Er habe den Schrecken und die Angst nicht überwinden können, im Gegenteil, er wurde bedrückt, selbstunsicher und weinerlich, und schließlich war das Bild der Depression voll ausgebildet. Zur gleichen Zeit bemerkte der Patient eine bis dahin nie gekannte Gewichtszunahme, auch wurde eine sogenannte Kreislaufschwäche festgestellt.

Kontinuierlich leidet der Patient nun an depressiven Phasen schwerster Art, in denen auch die psychosomatischen Krankheiten verstärkt auftreten.

2. Irmgard W., 37 Jahre, ledig, Stationshilfe, war zwar immer ein schwungvolles, antriebsreiches Mädchen, doch war sie sehr menschenscheu und selbstunsicher, so daß sie nur schwer Kontakt finden konnte. Sie besaß keinerlei Geltungsbedürfnis, fühlte sich stets anderen Menschen gegenüber als minderwertig, und ihre Grundstimmung war traurig-depressiv verhangen. Sie war unzufrieden mit sich selbst, fand sich aber nicht in der Lage, aktiv dagegen anzugehen, sondern "fraß allen Kummer in sich hinein," oft sogar in selbstquälerischer Absicht. Besonders schlimm wurde ihr Zustand, als sie 1945 ihre Heimat verlassen mußte. 1947 mußte sie wegen eines sogenannten Cardiospasmus behandelt werden, 1952 wegen Nierensteinen. 1958 fühlte sich die Patientin durch eine Psoriasis vulgaris erheblich entstellt, wodurch sie noch menschenscheuer wurde und sich schließlich völlig überflüssig vorkam. 1965 war das Bild der Depression offenkundig, und vor kurzem konnte ein Suicid eben noch verhindert werden.

3. Hannelore K. (873/65), 36 Jahre, verheiratet, Hausfrau. Eine primär schwungsvolle, antriebsreiche und sehr kontaktstarke Frau, die sich ständig mit ihrer Selbstunsicherheit und einer traurig-depressiven Grundstimmung auseinanderzusetzen hat, in die sie sich auch selbst hineinsteigert, statt gegen sie anzukämpfen. Nach ihrer zweiten Gravidität ist die Patientin jedenfalls nicht mehr in der Lage, ihren Haushalt und ihre Kinder zu versorgen. Sie fühlt sich zu schwach, kann sich nicht konzentrieren und ist so unselbständig und ängstlich geworden, daß sie außerstande ist, auch nur einige Schritte alleine vor die Haustüre zu setzen. Hinzu kommen außerdem eine allgemeine zwanghafte, psychomotorische Unruhe, eine Hyperthyreose (die allerdings ebenfalls bei ihrer Schwester, dem Bruder und der Mutter bekannt sind, bei letzterer auch noch eine "Nerven-

schwäche"), weiter Inappetenz, Obstipation und ein schwankender Blutdruck, der besonders während ihrer Schwächezustände ansteigt. Dieser Zustand wird schließlich noch von einer reaktiven Depression mit leicht hypochondrischen Zügen überlagert.

4. Willi O. (752/64), 42 Jahre, ledig, Bäcker. Anamnestisch und persönlich ist bei dem Patienten nichts Besonderes festzustellen. Zur Zeit der Untersuchung machte der Patient die zweite Phase einer Schizophrenie durch. In beiden Phasen (besonders aber in der letzten) traten Dermatitiden an beiden Händen auf, indem sich die Epidermis breitflächig vom Corium abhob und abgestoßen wurde.

5. Werner G. (1361/61), 36 Jahre, verheiratet, Tiefbauunternehmer. Der primärpersönlich schon sehr agitierte, unternehmungsfreudige, optimistisch-heitere, selbstsichere und kalt berechnende Patient leidet nunmehr seit fünf Jahren unter chronisch rezidivierenden, schweren Maniephasen. Zu Beginn einer neuen Phase beobachtete der Patient an sich oft eine Gewichtszunahme (heute wiegt er, 176 cm groß, bereits 97 kg), die aber im Stadium der Rekonvaleszenz wieder etwas zurückgeht. Ein leichter Hautausschlag im Gesicht und eine Fußmykose laufen ebenfalls synchron zu der phasischen Grundkrankheit.

III. Vergleich zwischen den Ergebnissen aus Krankengeschichten und direkter Befragung

Vielleicht wird der Sinn eines solchen Vergleiches gar nicht eingesehen, da doch jeder die Direktbefragung als die einzig exakte wissenschaftliche Methode hinstellt.
Doch es hat sich gezeigt, daß eine gut geführte Krankengeschichte durchaus den Ergebnissen eines Gespräches die Waage halten kann. Der einzige wirkliche Nachteil besteht darin, daß man sich kein persönliches Bild von dem Patienten machen kann, und daß die

frühere Anamnese vielleicht unter anderen Gesichtspunkten erhoben wurde, als es jetzt nötig wäre, daß also der Patient nicht nach jetzt akuten spezifischen Vorkommnissen gefragt wurde. Jedoch ist es von hier aus nur ein kleiner Schritt bis zum Suggestivfragen, was für diese Arbeit bestimmt nicht zutrifft; denn jedes Ergebnis wurde (wie schon mehrfach erwähnt) irgendwie belegt und objektiviert. Ein weiterer Beweis ist wohl daß von den 5 psychiatrischen Fällen, die nicht psychosomatisch belastet sind, 4 aus Direktbefragungen und nur 1 aus Krankengeschichten stammt. Das umgekehrte Resultat wäre wohl glaubhafter, da es letztlich die Aufgabe dieser Arbeit war, zu prüfen, ob bei psychiatrischen Kranken mehr psychosomatische Symptome auftreten als bei Normalen. Gehen wir die einzelnen Kategorien durch, so können keinerlei quantitative oder qualitative Unterschiede zwischen den beiden Befragungsmethoden gefunden werden.

D. L I T E R A T U R R E F E R A T

I. A r b e i t e n ü b e r a l l g e m e i n e P s y c h o s o m a t i k

DUNBAR analysiert an einer ausgewählten Krankengruppe sämtliche persönliche und familiäre Eigenschaften. Die Ergebnisse wurden auf Übereinstimmung und Abweichung hin untersucht und zeichneten schließlich das psychosomatische und psychologische "Profil der Persönlichkeit". (Es ist eine der anthropometrischen Kennzeichnungsmethode von BERTILLON verwandte Analyse, nur eben im psychischen Bereich). Der Autor schreibt auf Grund dieser Untersuchungen den Patienten mit bestimmten Krankheiten (pulmonale, cardiale, gastrointestinale Beschwerden; Hypertonus; Rheuma etc.) gewisse primärpersönliche Charakteristiken zu, die nicht nur für die betreffende Person, sondern den gesammten familiären Erbumkreis zutreffen, woraus sich die familiären Kumulationen bestimmter Krankheiten erklären lassen sollen.

DUNBAR glaubt damit bewiesen zu haben, daß es auf Grund der unterschiedlichen Persönlichkeitsprofile erlaubt sei, gewisse Typen von unfallgefährdeten Arbeitsplätzen fernzuhalten, um die Unfallquote zu senken.

Dieser These über die psychosomatischen Profile der verschiedenen Krankheiten, die von RING noch weiter auf ihre Gültigkeit untersucht und ausgebaut wurde, glaubt sich F. ALEXANDER widersetzen zu müssen, weil seiner Ansicht nach in jedem Falle die psychologischen Prozesse konkret erforscht und analysiert werden müssen, wobei er sich gegen den Gebrauch allgemeiner Ausdrücke wie Angst, Spannung usw. wendet. Für ihn sind psychologische Vorgänge weiter nichts als in Worten ausgedrückte physiologische Vorgänge, d.h., die Gemütsbewegungen äußern sich immer durch das vegetative System. Eine psychische Erregung führt immer zu einer bestimmten vegetativen Regulation. Wenn sich eine bestimmte Gemütsbewegung nicht ausdrücken kann, zieht das eine vegetative Störung nach sich, was unweigerlich zu einer Veränderung der von ihr abhängigen Funktion führt. Das Entstehungsschema psychosomatischer Störungen würde also sein: unterdrückte Gemütsbewegung ⟶ vegetative Dysregulation ⟶ funktionelle Störungen ⟶ morphologische Veränderung.

Die Kluft zwischen den Schwerpunkten der psychosomatischen Untersuchungen, auf deren einer Seite ALEXANDER der Konfliktsituation, auf der anderen Seite DUNBAR der Persönlichkeit größere Bedeutung beimessen, versucht LOPEZ-IBOR in seiner Arbeit "Psychosomatische Forschung" dadurch zu überbrücken, daß er Konflikt und Persönlichkeit als untrennbaren Komplex postuliert:

> "Bestimmte Persönlichkeiten sind bestimmten Konfliktypen gegenüber empfindlicher und umgekehrt. Nur jener Konflikt, der die Fissuren der Persönlichkeit trifft, hat eine pathogene Potenz. Andererseits sind nur gewisse unreife, insuffiziente Persönlichkeiten dafür empfänglich, dauernde durch die Konflikte ausgelöste Gefügestörungen zu erfahren

Konflikt schafft eine besondere persönliche Situation, in der die Möglichkeiten fehlen, sie durch bewußte, rationelle Formulierungen zu lösen, er äußert sich schließlich präverbal, d.h. somatotroph."

Ob dieser Konflikt mehr oder weniger tief und auch mehr oder weniger adäquat ist, entscheidet, wie schnell die Enthüllung der Spaltung in der Primärstruktur des Menschen sich im Laufe seines Lebens offenbaren wird.
In den unterschiedlichen beschriebenen Persönlichkeitstypen erscheinen immer wieder Unreife, Abhängigkeit und Insuffizienz den Umweltbedingungen gegenüber. Am deutlichsten jedoch schiebt sich immer wieder das Problem der Angst in den Vordergrund, und ihre Verarbeitung als nach außen oder innen gerichtete Aggressivität und der daraus resultierenden Abhängigkeitsbeziehung. Dieses Persönlichkeitsproblem untersucht der Autor bis in die Vorstufen der Mutter-Kind-Beziehung, wobei er, SPITZ zitierend, bestimmte affektive Beziehungen des Kleinkindes zu seiner Mutter verantwortlich macht für bestimmte psychosomatische Entwicklungstendenzen. Eine große Bedeutung mißt LOPEZ-IBOR auch den späteren Umweltreaktionen zu:"Die Distanz, die der psychosomatisch-Kranke zwischen dem Ich und dem pathologischen Erleben errichtet, ist die gleiche, die der Zwangskranke errichtet. Die Struktur der psychosomatischen Persönlichkeit ist die gleiche wie die des Zwangskranken." Er setzt also die Grenzen zwischen Psychosomatose und Psychoneurose nicht so scharf und eng wie andere Autoren (ALEXANDER, PRICK), die an der Klassischen Unterscheidung zwischen Psychoneurose und Organneurose festhalten. Er integriert sogar beides, indem er meint, daß sich die pathologischen Gemütszustände nach dem Körperlichen hin verschieben. Diese Somatotropie ist sogar bezeichnend für ihre Symptomatologie, weswegen sie in diesen oder jenen Körperteil projiziert werden. Auf das "Körpererlebnis" näher eingehend, fährt der Autor fort:"Körper und Seele stellen keine Einheit dar,aber sie gehen miteinander um".Es gibt zwischen ihnen eine Tendenz zur Trennung und zur Vereinigung.Der Einheit der Erfahrung des psychologischen Ichs entspricht eine Einheit der Erfahrungdes körper

lichen Ichs. Bei den psychosomatischen Erkrankungen bestehen Störungen der organischen Systeme (Tachykardie, Hypertonus, Kolik); aber eng mit diesen Störungen verbunden ist eine Veränderung im Wissen um die betreffende Funktion oder den betroffenen Körperteil. Dieser Schritt vom Unbewußten zum Bewußten in der Genese der psychosomatischen Störungen findet nicht nur in den unterdrückten Erinnerungen oder den instinktiven Impulsen statt, sondern in der körperlichen Gegenwart selbst. Ein bestimmter Teil des Körpers kann sich dadurch bemerkbar machen, indem eine Abspaltung oder eine Zone der Isolierung im Bewußtseinskomplex des Körpers vorhanden ist. Das Vorhandensein der psychosomatischen Veränderung im Bewußtsein beunruhigt den Patienten und macht ihn letztlich schwer krank, denn im gesunden Zustand hat dieses Gefühl nie existiert; er hätte es also niemals vorher erahnen können. Der Überbegriff zu dem Gesagten ist die Psychogenese, von dieser grenzt LOPEZ-IBOR den Begriff der Katagenese ab und versteht darunter, daß sich ein Symptom trotz seiner "symbolischen Beziehung" zu seiner Gemütsbewegung als rein organische Krankheit entwickeln kann, unabhängig von dem psychischen Trauma, das es auslöste. Einige Krankheiten (z.B. Asthma, Colitis) beginnen mit bestimmten psychischen Syndromen; aber trotz der Abklärungen aller diesbezüglichen bewußten und unbewußten Traumen, läßt sich die Störung nicht beheben, sondern sie besteht fort und hat sich verselbständigt. Sie kann sich sogar in Gestalt mehrerer unterschiedlicher Symptome oder Syndrome manifestieren, die sich gegenseitig ablösen. Der Autor wäre somit bei dem Begriff der "s y n d r o m e s h i f t" bzw. "s y n d r o m e s u p p r e s s i o n" angelangt (GROSS, BASTIAANS, VAN DER VALK). Er versucht die Ursache zur Variation der Symptome der Situation zuzuschreiben, in der die psychosomatische Störung auftritt. Die Konfliktsituation gäbe dem Syndrom seine Form, dieses hätte eine gewisse sinnvolle Beziehung zu dem auslösenden Konflikt. Seit Jahren weist der Autor auf einen phasischen Faktor hin bei vielen Neurosen und psychosomatischen Krankheiten, der sie den endogenen (cyclothymen) Krankheiten annähert, und glaubt somit, alle diese Störungen in den

"t h y m o p a t h i s c h e n K r e i s" einschließen zu dürfen. Beginnt eine Störung in minimalem Grad, neigt aber nach Jahren zu einer gewissen Progredienz, verbunden mit einem hypochondrischen Bild, so spricht LOPEZ-IBOR von "p s y c h o s o m a t i s c h e n E n t w i c k l u n g e n" analog zur Existenz von Psychopathischen Entwicklungen.

Der soziologische Faktor wurde durch HALLIDAY in die psychosomatische Medizin eingeführt. Sein Begriff der "s o z i a l e n K r a n k h e i t" will besagen, daß die Gesellschaft selbst einmal krank sein kann, und daß die so wichtige Beziehung Mutter - Kind ebenfalls schicksalhaften Zufälligkeiten unterworfen ist. Die Zunahme gewisser Symptome (Rheuma, Ulcus, Angina pectoris, Hypetonus etc.) werden auf die veränderten sozialen Bedingungen zurückgeführt, unter denen sich der moderne Mensch bewegt. Mit der Zeit ändert sich nicht nur der Standpunkt der Ärzte bezüglich der Krankheiten, sondern auch die Symptomatologie. Es bestehen also Korrelationen zwischen dem Lebensstil und den Formen des Krankwerdens.

Eine sehr demonstrative Methode zur Erforschung psychosomatischer Wechselbeziehungen geben H.G. WOLF und Mitarbeiter an. Sie beachten gewisse Schleimhäute (Gaster, Vagina, Vesica, Rectum, Bronchien, Nase) bei verschiedenen Erlebnissen und experimentell hervorgerufenen Situationen. Hyperämie, Hypersekretion, Enzymsteigerung und andere Reaktionen sind in den einzelnen Geweben zwar unterschiedlich, können aber doch noch unter einer einheitlichen Gruppe betrachtet werden.

Zum Thema "p s y c h o s o m a t i s c h e S p e z i f i t ä t" gibt KUBIE folgende Einteilung:

1. Organe der exterozeptiven Sinne. Es sind dies die Organe des "Ich" in der psychoanalytischen Sprache.
2. Organe der inneren Ökonomie, also die Organe, die im Körperinnern der direkten Kenntnis verborgen sind, und deren Störungen die sog. "Organneurosen" ergeben.

3. Organe mit instinktiver Funktion, die in direkter Verbindung zur Außenwelt stehen.

4. Das Körperschema (Body-Image) wird als Ganzes in Mitleidenschaft gezogen. Die Störungen sind hier so diffus, daß schon jeder Versuch zur Lokalisation zunichte wird; es handelt sich um die "Neurastheniker".

JORES sieht als Internist die Wurzel vieler viszeraler Symptome im Psychischen gelegen, doch die Störungen in den psychosomatischen Krankheiten rühren für ihn immer von der Umwelt her: "Krankheit ist das Prinzip der Natur, das Einzelwesen zu zerstören". Diese Art der Selbstzerstörung tritt dann auf, wenn sich das Leben, aus welchen Gründen auch immer, nicht mehr selbst zu entfalten vermag oder vor seinem natürlichen Ende steht.

GLATZEL hebt in seinem Aufsatz "Ernährung" die Bedeutung psychischer Faktoren für die Ätiologie folgender Symptome hervor: Speichelfluß, Speichelversiegen, Ösophagusspasmus, Ösopaguslähmung, Kardiospasmus, Pylorospasmus, Erbrechen, Aerophagie, Magensaftversiegen, Ulcus ventriculi et duodeni, Obstipation, Diarrhöen, Colitis ulcerosa et mucosa, Gallenwegsdyskinesen, Anorexia mentalis.
Der Autor hält bestimmte Kombinationen körperlicher Funktionsabläufe so eng mit affektiven und triebhaften Erlebnissen verknüpft, daß aus ihrer Art und Stärke Rückschlüsse auf die Art und Stärke des Erlebnisses gezogen werden können.
Die Anstöße für die Überschreitung der Grenzen der Norm bei einer Erlebnisreaktion können sowohl im Seelischen als auch im Körperlichen gesucht werden; doch wendet er sich dagegen, Organschäden auf "Organminderwertigkeit" oder "Erbanlagen" allein zurückzuführen, denn in einem gesunden Intervall vermögen die Organe solcher Patienten ebensoviel zu leisten wie die von gesunden. Große Bedeutung mißt der Autor der "Persönlichkeit" des Erlebenden zu. "Die Intensität des Erlebnisses wird nicht allein durch das zum Erlebnis werdende Ereignis, das heißt, nicht allein durch die Umwelt bestimmt, sondern auch durch die individuellen

rezeptiven und reaktiven Eigentümlichkeiten der Persönlichkeit ... Äußere Situation und emotionales Erlebnisschema allein genügen aber offensichtlich nicht, um abnorme körperliche Erscheinungen entstehen zu lassen."
Zum Schluß wird bemängelt, daß Psychotherapie und Psychosomatik vielfach ganz darauf verzichtet haben, die Richtigkeit ihrer Deutungen methodisch einwandfrei zu beweisen, wodurch das wissenschaftliche Ansehen der Psychosomatik an Wert allerlei eingebüßt hat.

MENINGER-LERCHENTHAL beschreibt in "Periodizität in der Psychopathologie" das phasische und periodische (z.B. tages- und jahreszeitliche Periodik) Auftreten und Ablaufen bestimmter psychosomatischer Symptome (Astma bronchiale, Ulcus pepticum etc.).

SPIEGELBERG stellte Beziehungen zwischen somatischen Krankheiten und endogenen Psychosen fest, was ihn zu einer kasuistisch-literarischen Studie anregte ("Beziehungen endogener Psychosen zu körperlichen Krankheiten", 1955). Es werden Bronchialasthma, Urticaria, Ulcus pepticum und pectanginöses Syndrom erörtert, und dabei alternierendes Vorkommen von synchronem unterschieden. In letzter Zeit widmet der Autor sein besonderes Interesse dem Problem des "Feldwechsels" (s y n d r o m e - s h i f t), zu welchem er (in "Psychosomatik des Syndrom-Wechsels") einige pathoätiologische Grundformen diskutiert, die allgemein die Ergebnisse seiner bisherigen psychosomatischen Forschung beinhalten: 1. Die psychoanalytische-psychodynamische Hypothese (GROEN und Mitarbeiter). 2. Eine Art Endogenitätstheorie (BURGER-PRINZ, WINZENRIED): biologische Schwankungen lebensphasischer oder unmittelbar krankheitsbedingter Natur sind praktisch allein maßgebend. 3. Ein vermittelnder oder elastischer Standpunkt im Sinne einer Kombination der Hypothesen unter Ziffer 1 und 2 wird von LOPEZ-IBOR eingenommen. 4. Ein feldtheoretischer Ansatz in strenger Analogie zu demjenigen der modernen theoretischen Physik (TEITELBAUM). 5. Die soziologischen (LEWIN)

und psychosomatischen (GRINKER) Feldtheorien. 6. Sein eigener empirisch-pragmatischer Standpunkt entspricht einem multifaktoriellen oder mehrdimensionalen offenen System, so daß auf eine Theorie verzichtet werden kann.

II. Spezielle p s y c h o s o m a t i s c h e L i t e r a t u r (ROSS und Mitarbeiter, LEAVITT; PHILLIPS; ROESSLER and GREENFIELD) wird in der Diskussion (s.u.) besprochen, um unnötige Wiederholungen zu vermeiden.

E. D I S K U S S I O N

Ein Vergleich der Ergebnisse dieser Arbeit mit der Literatur muß unvollständig bleiben, da in der gesamten Weltliteratur zwar Arbeiten über korrelationsstatistische Vergleiche zwischen psychotischen und somatischen Erkrankungen vorliegen (s.u.), nicht aber solche, die zusätzlich noch Primärcharakter und Sozialanamnesen einbeziehen.
Einzelkasuistiken und Arbeiten, die sich auf weniger als 50 Fälle beziehen, bleiben in der Diskussion unberücksichtigt, da sie entweder Zufallsbefunde oder ausgesuchte Fälle sind, was dem Sinn dieser Arbeit nicht entsprechen würde.
Sehr schöne und methodisch exakte Untersuchungen liegen vor von den Autoren ROSS und Mitarbeiter; LEAVITT; PHILLIPS; ROESSLER and GREENFIELD (siehe Tabelle 6). Letztgenannte Autoren wurden besonders von LOVETT-DOUST veranlaßt, die von ihm bestätigte Hypothese, daß psychiatrische Patienten von bestimmten somatischen Erkrankungen häufiger betroffen werden als normale (= nicht psychiatrische), zu überprüfen und mit neuem Beweismaterial zu belegen. Sie untersuchten gründlich 471 psychiatrische Patienten, denen sie 480 Studenten als Kontrollgruppe gegenüber stellten, und fanden dabei ein deutliches Überwiegen von somatischen Symptomen auf der psychiatrischen Seite. Sie wenden sich aber sogleich gegen den Einwand, daß Geisteskranke eher zur Hypochondrie

neigen als Normale und deswegen des öfteren in die Klinik kommen als die Kontrollfälle. Doch die Autoren betonen, daß diese Patienten die Kliniken deswegen öfters besuchen, weil sie eben wesentlich häufiger unter wirklichen Krankheiten leiden. Etwas zurückhaltender äußern sich ROSS und Mitarbeiter, die z. B. bei H y p e r t e n s i o n finden, daß dieses Symptom auf die psychiatrische als auch auf die Kontroll-Gruppe genau gleich verteilt ist, während unsere eigenen Zahlen auf psychiatrischer Seite überwiegen. Die auffällige Diskrepanz in den Prozentangaben ist auf den Altersunterschied zurückzuführen. Das Durchschnittsalter unserer Patientengruppe ist doppelt so hoch wie das der amerikanischen. Und gerade Hypertension und Obstipation nehmen im Alter nicht einmal mehr linear sondern exponentiell zu. FREEMAN, HOSKINS, SLEEPER fanden, daß Schizophrene einen tieferen Blutdruck haben (systolisch und auch diastolisch) als normale Individuen, der sich bis zum 5. Lebensjahrzehnt nicht ändert. Dies stimmt mit unseren Zahlen (4 von 7, siehe Seite 12) durchaus überein. M. L. MILLER glaubt, einen plötzlichen Blutdruckanstieg bei diesen Kranken als Warnzeichen einer drohenden Gefahr (Katatonie, Wahneinbruch oder Suizid) ansehen zu können.

A s t h m a b r o n c h i a l e . Auch hier finden ROSS und Mitarbeiter kein signifikantes Überwiegen auf psychiatrischer Seite. Da das gehäufte Vorkommen auch bei der Normalbevölkerung möglich ist, postulieren die Autoren außer emotionellen Faktoren, die gewissermaßen auf psychotischer Ebene liegen, noch physische, allergische und infektbedingte. Das Zahlenergebnis stimmt mit dem von LEAVIT überein, der zusätzlich noch eine Beziehung des Asthma zur MDI (0,5 %) fand, ebenso wie HANSEN, TORREN, REHM, REICHMANN und J.H. SCHULZ.

Bei den e n d o k r i n e n S t ö r u n g e n ist ein Vergleich nur schwer möglich, weil die verschiedenen Autoren verschiedene Krankheiten hierunter zusammenfassen. Alle Zahlen, inklusive die eigenen (doch ausgenommen die von ROESSLER), können nicht zu einem eindeutigen Beweis für

oder gegen ein psychiatrisches Überwiegen herangezogen werden. Die geringste Zahl von 0,5 % wird von KARNOSH und WILLIAMS angegeben. JOHNSON fand unter 2.286 Strumektonierten 24 Psychosen = 1,05 %. Eine gleiche Zahl (1 %) wird von BRAM angegeben. EWALD sieht hingegen klinische Parallelen zwischen MDI und endokrinen - und Stoffwechselerkrankungen (besonders M. Basedow).

G a s t r o i n t e s t i n a l e S t ö r u n g e n: Auch in diesem Überbegriff vereinigt jeder Autor unterschiedliche Symptome. Zum Ulcus pepticum meinen ROSS und Mitarbeiter in Übereinstimmung mit PHILLIPS, daß es bei Geisteskranken sogar weniger häufiger vorkommt als bei Normalen, Es soll aber, auch nach der Meinung von G.W. HENRY, in besonderer Beziehung zur MDI stehen (vor allem Manie: 4 von 45). Diese Beobachtung sei unter dem Gesichtspunkt gemacht worden, daß der für beide gemeinsame hypothalamische Mechanismus gestört sei. Im Rahmen des psychiatrischen Schrifttums wird immer wieder das häufige Vorkommen und die praktische Wichtigkeit speziell von Magen-Darmsymptomen beim MDI hervorgehoben (SCHROEDER; WEXBERG; PILCZ; WIDMANNS; STRANSKY; DUBOIS u.a.). Sie können nach BUMKEY sogar Ausdruck einer zyklothymen Verstimmung sein. DREYFUS untersuchte 50 internistische Fälle von nervöser Dyspepsie und diagnostizierte bei mehr als einem Drittel eine Zyklothymie. Dementgegen zeigen die eigenen Ergebnisse, daß gastrointestinale Störungen hauptsächlich in Beziehung zur Neurose stehen, während der MDI kein Ulcus zufällt. Leider kann ROESSLER hier nicht zum Vergleich herangezogen werden, da er seine psychiatrische Gruppe nicht unterteilt hat. PROPLICK und POLLAK stellten bei 2.000 Autopsien verstorbener Geisteskranker ein Vorkommen von Ulcus ventriculi in 2,1 % fest; sie fanden keine statistische Häufung des Ulcus bei bestimmten Psychosen. WEST und HECKER fanden bei einem Gesamtmaterial von 3.320 nur 33 Ulcuskranke (= 1 %).

Trotz der skeptischen Äußerungen (auf Grund negativer Befunde) bei Asthma und Ulcus pepticum bei ROSS und Mitarbeitern und PHILLIPS kann dennoch davon gesprochen, ja sogar behauptet werden

Tabelle 6 Zusammenfassende Ergebnisse einzelner Autoren

	ROESSLER		ROSS	PHILLIPS	LEAVITT	Referent	
Gesamtzahl der Fälle	psychiatr. 471	Kontr. 480	psychiatr.	psychiatr.	psychiatr. 11.647	psychiatr. 60	Kontr. 56
1) Asthma bronchiale	-	-	13 = 0,8 %	1 = 0,6 %	10 = 0,08 %	0 = 0 %	1 = 1,8 %
2) Hypertension	-	-	172 = 10,7 %	15 = 9,1 %	-	14 = 23,3 %	7 = 12,5 %
3) Gastrointestinale Störungen	117 = 25 %	57 = 11,8 %	-	-	-	41 = 68 %	12 = 21 %
4) Obesitas	16 = 3,4 %	3 = 0, 6 %	-	-	-	6 = 10 %	3 = 5,4 %
5) Dermatosen	182 = 38,6 %	154 = 32 %	-	-	-	8 = 13,3 %	2 = 3,6 %
6) Hyperthyreoidismus Diabetes	29 = 6,2 %	15 = 3,1 %	34 = 2,1 %	8 = 4,8 %	-	4 = 6,7 %	4 = 6,5 %

daß bestimmte somatische Erkrankungen bei psychotischen Patienten häufiger vorkommen als bei normalen. Eine Aufschlüsselung dieser diskutierten Probleme ist noch nicht möglich, wie auch die Psychosen selbst noch keineswegs aufgeklärt sind. Doch stimmen heute Internisten, Chirurgen und Psychiater im wesentlichen darin überein, daß gewisse psychosomatische Patienten nicht das Privileg einer einzigen Fachrichtung sind, sondern einer interdisziplinären Behandlung bedürfen. In diesem Zusammenhang weist ALEXANDER auf Durchführung einer Psychotherapie bei anzunehmenden oder gar nachweisbaren soziogenetischen oder psychogenetischen Faktoren hin, während J.H.SCHULTZ immer wieder die Möglichkeit der Hypnose und des autogenen Trainings hervorhebt.

Inwieweit und in welchem Maße Primärpersönlichkeit und sozialer Werdegang noch zusätzlich in den verwirrenden Forschungsbereich der Psychosomatik einzuflechten sind, darüber wagt sich der Referent nicht zu äußern, da auf diesem Gebiet noch keine Literatur zu Vergleichsmöglichkeiten herangezogen werden kann, und auch die eigenen Ergebnisse keineswegs erschöpft und beweisend für irgendeine Theorie oder Hypothese sind. Doch warten hier bestimmt noch interessante Zusammenhänge auf ihre Aufschlüsselung.

F. MATHEMATISCH - STATISTISCHE AUSWERTUNG.

Fragestellung: Unterscheiden sich die beiden untersuchten Gruppen (neurologisch - psychiatrisch) hinsichtlich der Häufigkeit des Vorkommens psychosomatischer Erkrankungen nur zufällig voneinander, oder muß das Wirken eines systematischen Faktors angenommen werden?

H_0 : Wir nehmen an, daß unsere Häufigkeitsverteilung eine Stichprobe ist aus einer Grundgesamtheit, in der die gleichen Häufigkeitsverhältnisse herrschen wie in einer theoretischen Grundgesamtheit mit denjenigen Häufigkeitsver-

nissen, die unseren Erwartungswerten entsprechen.

H_1 : Psychiatrische Patienten werden von bestimmten somatischen Erkrankungen häufiger betroffen als neurologische Patienten.

Methode: Wir wählen die 4-Felder-Chi^2-Methode, weil es sich um 2 Merkmale handelt, die auf Verteilungsunterschiede bezüglich ihrer Häufigkeit geprüft werden sollen. Die Voraussetzungen dazu sind erfüllt.

Begründung:

Es sind nur absolute Häufigkeiten gegeben; 2 Merkmale, aber nur 1 Meßwertträger für beide Merkmale; Erwartungswerte pro Klasse größer als 5; Vergleich von Häufigkeitsverteilungen.

Signifikanz-Niveau: α = 0,05 (zweiseitige Fragestellung).

fo

	+	-	$\sum$
neurologische Gruppe	34	22	56
psychiatrische Gruppe	55	5	60
	89	27	116 = N

fe

	+	-	$\sum$
neurologische Gruppe	43	13	56
psychiatrische Gruppe	46	14	60
	89	27	N= 116

$$\chi^2 = \sum \frac{(fo - fe)^2}{fe} = 15{,}66$$

df = (r - 1) (c - 1) = 1
Der erhaltene Wert für Chi^2 = 15,66 ist bei df = 1 auf dem 1%-Niveau hochsignifikant.
Wir verwerfen daher die Nullhypothese; es spricht nur weniger als 1 % Wahrscheinlichkeit für sie.
Es besteht zwischen den beiden untersuchten Gruppen ein systematischer Unterschied bezüglich der Häufigkeit des Auftretens psychosomatischer Krankheiten, und zwar in dem Sinne, daß bei psychiatrischen Patienten psychosomatische Krankheiten häufiger auftreten als bei neurologischen Patienten.

G. Z U S A M M E N F A S S U N G

Es wurden 116 Patienten (60 psychiatrische und 56 neurologische als Kontrollgruppe) somatisch, neurologisch und psycheiatrisch durchuntersucht. Die sich daraus ergebenden Befunde wurden miteinander verglichen. Bei H y p e r - und H y p o t o n i e wurden eindeutige Beziehungen zur Schizophrenie festgestellt, während K r e i s l a u f s t ö r u n g e n vermehrt bei Depressiven zu verzeichnen sind. Primärcharakterlich handelt es sich bei diesen Kranken hauptsächlich um antriebs- und kontaktarme, vegetativ labile und selbstunsichere Personen.

Die G E W I C H T S A N O M A L I E N überwiegen eindeutig bei dem psychiatrischen Krankengut mit 57 %, dagegen weichen "nur" 20 % der neurologischen Patienten vom Normalgewicht ab. Besonders auffällig ist, daß sich die Adipositas (sowohl die leichte als auch die schwere Form) bei dem MDI merklich häuft, während kein Fall mit Untergewichtigkeit in diesem Zusammenhang gefunden wurde. Es handelt sich hauptsächlich um etwas schwerfällige, kontaktarme aber unproblematische Primärpersönlichkeiten.
Im Gegensatz dazu begleitet die Untergewichtigkeit besonders die Schizophrenie (und die Neurose); bemerkenswerterweise fehlt die schwere Form der Adipositas hier völlig. Primärper-

sönlich sind die Patienten sehr antriebsreich, problematisch, intelligent, ehrgeizig und optimistisch.
60 % aller psychiatrischen Kontrollgruppen leiden (oder litten) an g a s t r o i n t e s t i n a l e n S t ö r u n g e n, die bei der neurologischen Kontrollgruppe mit 21 % vergleichsweise kaum ins Gewicht fallen. Die chronische Obstipation häuft sich bei Frauen, die vor allem unter Depression leiden. Ein Ulcus wurde beim MDI nicht, verstärkt aber bei der Neurose gefunden. Die unklaren Magenbeschwerden konzentrieren sich hauptsächlich auf die Schizophrenie. Koinzidierende primärcharakterliche Befunde konnten nicht erhoben werden. Es wurde lediglich ein Überwiegen von relativ jungen Patienten und Stadtmenschen festgestellt.
Das Literaturreferat enthält einige Arbeiten über allgemeine Psychosomatik; die wenigen speziellen Arbeiten wurden jedoch in der Diskussion mit den eigenen Ergebnissen verglichen. Daraus resultiert ein signifikantes Überwiegen bestimmter somatischer Krankheiten bei psychiatrischen Patienten verglichen mit psychisch unauffälligen Kranken.
Dieses Ergebnis wurde mit der 4-Felder-Chi^2-Methode mathematisch-statistisch belegt.
Eine exakte Schlußfolgerung über die psychosomatisch-primärcharakterlichen Wechselbeziehungen konnte jedoch nicht gezogen werden, da bis heute noch viel zu wenig Untersuchungen zur Verfügung stehen.

ALEXANDER, F.: Psychosomatische Medizin. de Gruyter, Berlin 1951

BÜRGER-PRINZ, H.: Probleme der phasischen Psychosen. In: Probleme der phasischen Psychosen. Enke, Stuttgart, 1961. Forum der Psychiatrie

DREYFUS, G.L.: Über nervöse Dyspepsie. Jena. G. Fischer 1908

DUNBAR, F.: Emotions and Bodily Changes, New York, Columbia University, Press. 1949

EDERLE, W.: Somatische Störungen bei schizophrenen Erkrankungen. Allg. Zeitschr. Psychiatr., Berlin 118 (1941) : 239

EWALD, G.: zitiert bei ROSS u. Mitarb. und SPIEGELBERG

FREEMAN u. Mitarb.: zitiert bei ROSS u. Mitarb.

GLATZEL, H.: Handbuch der Neurosenlehre und Psychotherapie. Urban und Schwarzenberg. München und Berlin Band II (1959)

HALLIDAY, I.L.: Psychosocial medizine, a study of the sick society. Norton, New York 1948

HANSEN, K.: Asthma bronchiale. Dtsch. med. Wschr. 76 (1951) 1165

HEILMEYER, L.: Lehrbuch der Inneren Medizin, Berlin, Springer Verl. 1961

HENRY, G.W. zitiert bei ROSS u. Mitarb.

JAKOBOWSKY, B.: Psychosomatic equivalents of endogene depressions. Acta psychiat. scand. 37 (Supp. 18? 1961), 253-260

KARNOSH and WILLIAMS: zitiert bei ROSS u. Mitarb.

KELP: Asthma und Psychose. 6. Vers. d. Vereins der Irrenärzte Niedersachsens und Westfalens in Hannover am 1. Mai 1872. Ref.: Allg. Z. Psychiat. 29 (1873), 449

LEAVITT, H.C.: Bronchial Asthma in functional Psychoses. Psychosom. Med. 5,39 (1943)

LOVETT DOUST: zitiert bei ROESSLER u. GREENFIELD

LÓPEZ IBOR, J.J.: Psychosomatische Forschung. In: Psychiatrie der Gegenwart, Springer Verl., Heidelberg 1963

MENNINGER-LERCHENTHAL, E.: Periodizität in der Psychopathologie Maidrich, Wien 1960

MILLER, M.L.: zitiert bei ROSS u. Mitarb.

PHILLIPS, R.J. Pysical disorder in 164 consecutive admissions to a mental hospital: The Incidence and significance. Brit. M.J. 2; 363 (1937)

RÖSSLER, R.,N.J. GREEFIELD: Incidence of somatic disease in psychiatric patients. Psychosom. Med. 23 (1961), 413

ROSS, W., HAY, J., and McDOWALL, M.F.: The Association of Certain Vegetative Disturbances with various Psychoses. Psychosomat. Med. 12 (1950) : 170

ROSS, W., HAY, J., and McDOWALL, M.F.: The Incidence of Certain Vegetative Disturbances in Relation to Psychoses. Psychosomat. Med. 12 (1950) : 179

SPIEGELBERG, U.: Über Beziehungen endogener Psychosen zu körperlichen Krankheiten. Fortschr. Neurol. 23 (1955), 221

SPIEGELBERG, U., HEIMSOTH, V., KOHLMEYER, K.: Juveniler Hypertonus, Med. Welt 1964, 1938 - 1940

SPIEGELBERG, U.: Psychosomat. Probleme in psychiatrischer Sicht. Med. Welt 1962, p. 1681

STOKVIS, B.: Psychosomatik, In: Hdb. d. Neurosenlehre u. Psychoter. Bd. III. Urban & Schwarzenberg, München 1959

TEITELBAUM, A.: Psychosomatic neurolog. Grune & Stratton, New York 1964

VETTER, G.: Über Korrelationen zwischen einer Erkrankung an Asthma bronchiale und endogener Depression. Dissertation Med. Fak. Hamburg 1960, Nr. 4407

WEITBRECHT, J.: Kritik zur Psychosomatik, Georg Thieme, Verlag Stuttgart 1955

WEITBRECHT, J.: Psychiatrie im Grundriß, Springer-Verlag, Berlin-Göttingen, 1963

WINZENRIED, F.J.M.: Beziehungen körperlicher Erkrankungen zu endogenen Psychosen. In: Probleme der phasischen Psychosen. Enke, Stuttgart 1961; Forum d. Psychiatrie. Hrsg. v. Prof. Dr. Bürger-Prinz

L e b e n s l a u f

Am 6.10.1940 wurde ich als Sohn des damals aktiven Offiziers Walter Rogoll und seiner Ehefrau Annie, geb. Becker, in Wittenberg geboren. Die Heimat meiner Eltern ist jedoch Breslau, wo ich auch die ersten Jahre meiner Kindheit verbrachte. Nach der Flucht im Januar 1945 besuchte ich die Volksschulen Bülzig/ Sachsen und Wermelskirchen / Rheinland. 1951 wechselte ich auf das Neusprachliche Gymnasium Wermelskirchen über und beendete hier im März 1960 meine Schulausbildung mit der Reifeprüfung. Nach meiner Tätigkeit als Werksstudent auf einer Hamburger Werft begann ich 1961 in Köln mein Studium in Biologie und Medizin. In Mainz bestand ich 1962 das Vorphysikum und 1964 das Physikum. Seit dem Wintersemester 1964/65 studierte ich in Marburg, wo ich im Sommer 1967 das medizinische Staatsexamen ablegte.

Meine akademischen Lehrer waren die Herren
Professoren und Dozenten:

in Köln:

Fehér, Kirchner, Kuhn, Menke, Napp-Zinn, Ortmann, Tissoni

in Mainz:

Abel, Bredt, Borneff, Dabelow, Duesberg, Ehrenbrand, Höhn, Kempf, Kranz, Kümmerle, Lang, Leicher, Mislin, Müller, Oppel, Overzier, Schölmerich, Schriever, Siebert, Straßmann, Thews, Troll, Watzka

in M a r b u r g:

Beckmann, Berendes, Buchholz, Bickel, Braun-Falco, Dölle, Exner, Gedigk, Hamm, Hartmann, Herrmann, Hess, Heuser, Hildebrandt, Jacob, Lang, Linneweh, Löhr, Lubbers, Martini, Marx, du Mesnil de Rochement, Sauer, Schiff, Schleyer, Schmid, Schrappe, Schwaiger, Siegert, Spiegelberg, Straub, Streicher, Würterle